(Aus der orthopädischen Abteilung — Leiter Prof. Dr. Weil — der chirurgischen Universitätsklinik — Direktor Geheimrat Prof. Dr. Küttner — zu Breslau)

Über kongenitale Kontrakturen der oberen Extremität.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.

vorgelegt von

Georg Woytek.

Druck von Kalesse & Mehlhop, Beuthen OS.

1924.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
I. Referent: Professor Dr. Weil.
II. Referent: Professor Dr. Küttner.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Die kongenitalen Kontrakturen der oberen Extremität teilt man ein in solche

1) ohne Defekt von Knochenteilen

2) mit Knochendefekten und zwar

    a) mit totalen

    b) mit partiellen.

Im Häufigkeitsverhältnis stehen die unter Nr. 2 bei weitem an erster Stelle. Die häufigste angeborene Kontrakturstellung an der oberen Extremität ist die sogenannte Klumphand. Fehlen des Radius ist meist ihre Ursache. Nichtvorhandensein der Ulna ist eine seltene Ausnahme. Bei den Kontrakturen der Finger ist die häufigste Missbildung neben dem Klumpdaumen die Kontraktur des Kleinfingers. Eine gewisse Erblichkeit wird für sein häufiges Vorkommen verantwortlich gemacht. Isolierte Kontrakturen im Ellenbogengelenk kommen fast gar nicht vor. Alle diese Deformitäten der oberen Extremität sind zumeist kombiniert mit mannigfachen Missbildungen am übrigen Körper. Bei Deformitäten stärkeren Grades sind auch das Fehlen gewisser Muskeln, ja ganzer Muskelgruppen beobachtet worden.

Über die Aetiologie bestehen viele Theorien. Die wichtigsten sind:

1) die der Raumbeschränkung in utero,

2) der Druckstörungen von seiten des Amnion,

3) die der neurogenen Entstehung,

4) der Einwirkung mechanischer äusserer Kräfte,

5) die der Keimesvariation,

6) die der Erblichkeit.

Für gewisse Fälle mit eindeutiger Anamnese und genauem Untersuchungsbefund in jeder Beziehung wird eine dieser Theorien als aetiologisches Moment

in Betracht zu ziehen sein. Bei manchen Fällen hin= wiederum stützen sich die Erklärungen über die Ent= stehung der Deformität nur auf gewisse Vermutungen.

In therapeutischer Hinsicht werden in leichteren Fällen zunächst Massage und Elektrisieren angewandt. Bei Jugendlichen kommt sodann ein Redressement in Etappen und Narkose in Frage. Bleiben diese Ein= griffe ohne Erfolg, dann kann in geeigneten Fällen die Osteotomie angewandt werden, der man im Be= darfsfalle Sehnen= und Muskelplastiken anschliesst. Stets wird besonderes Augenmerk auf die Besserung der Gebrauchsfähigkeit des missgebildeten Armes zu richten sein.

Bei dem Fall, der Veranlassung zu dieser Arbeit gab, handelte es sich um eine erhebliche Kontraktur= stellung an beiden oberen Extremitäten. Die Arme waren im Ellenbogengelenk vollständig versteift, die Hände beiderseits in starker Flexionsstellung, sämtliche Finger in Beugekontraktur, die passiv nur in geringem Masse behoben werden konnte.

Aetiologisch ist diese Deformität als eine auf neurogener Basis (Einschaltung eines Keilwirbels in den Bezirk der Halswirbelsäule) entstandene Belastungs= deformität aufzufassen.

Bei dem in Narkose versuchten Redressement kam es zu einer Suprakondylären Fraktur des rechten Armes, die den Vorteil brachte, dass der Arm in rechtwinkliger, für die Gebrauchsfähigkeit der Ex= tremität erheblich besseren Stellung eingegipst werden konnte. Der linke Arm ist in einer Mittelstellung im Gipsverband fixiert worden.